

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : S/0622/068 (235/22) APPLICATION DATE: 02/06/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : RAKESH KUMAR AGE-YEARS आयु-वर्ष : 40 SEX लिंग : M-

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : MAHENDRA SINGH
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
F-2/555 Sangam Vihar New Delhi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
As Above



OCCUPATION : Driver MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : Rs. 1.50 Lacs (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. : स्थाई आय संख्या -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes (No)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू है उस पर चिह्न लगाएं) हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Vandana	38	M	Wife
②	Rahul	18	M	Son
③	Dhanu	16	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) एप्ली कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagn- LF Cataract
	Surg- LF Phaco + IOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विधि अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि
NIL		

DECLARATION by APPLICANT (अर्पक द्वारा घोषणा पत्र)

1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the 'purpose', as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कल्पन अथवा धोखा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भंग गया है।

3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put up/reproduce my name, address, photo & details of the 'purpose', for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the 'purpose' for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the 'purpose', for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अस्सी संश्लेषण की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, कक्षा/पत्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप पर विवरण में उल्लेख की गई बातों से मुझे या मेरे काम के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।

2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:
अर्पक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

(Handwritten Signature)

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सहायता के लिए प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट किया जाता है कि सहायता हेतु अनुरोध किया जा रहा है, जो "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया जा रहा है।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था, और इससे कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ होंगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<i>(Handwritten Signature)</i>	Dr. Vandana Gupta MBBS, PGDIPLOMA, MCh (GIC) Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Medical Superintendent of Hospital Shroff Eye Centre A-9, Kailash Colony, New Delhi-110048
<i>02/06/2022</i>	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाखर व रजि. नं.	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अंतर्गत उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
<i>(Handwritten Signature)</i>	<i>(Handwritten Signature)</i>